4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 février 1902, à 1 heure

PAR

G. MÉHEUT
Ancien interne provisoire.
Médaille de bronze de l'Assistance publique

Contribution à l'étude

DES

FIBROMES GRAVIDIQUES

Rareté des indications à l'Intervention au cours de la Grossesse

Président M. PINARD, *Professeur.*

Juges : MM. FOURNIER, *Professeur.* GAUCHER, *Agrégé.* WALLICH, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 février 1902, à 1 heure

PAR

G. MÉHEUT

Ancien interne provisoire

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Contribution à l'étude

DES

FIBROMES GRAVIDIQUES

Rareté des indications à l'Intervention au cours de la Grossesse

Président : M. PINARD, *Professeur.*

Juges : MM. FOURNIER, *Professeur*
GAUCHER, *Agrégé*
WALLICH, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.)
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX
BROCA Auguste.	GUIART.	MARION.	THOINOT.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER
DEMELIN.	LAUNOIS.	REMY.	WIDAL.
DESGREZ.		RICHAUD.	WURTZ.
DUPRÉ.			

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR VARNIER

Professeur agrégé
Accoucheur des Hôpitaux
Secrétaire général de la Société d'obstétrique, de Gynécologie
et de Pædiatrie de Paris

AVANT-PROPOS

Dans le service de M. Champetier de Ribes où nous remplissions les fonctions d'externe, nous eûmes occasion d'observer un certain nombre de femmes présentant des fibrômes utérins.

Jamais nous n'avions eu à noter d'accidents sérieux au cours de la grossesse ou de difficultés au moment de l'accouchement, lorsqu'au mois d'août 1901, une femme arriva pour accoucher, présentant un fibrôme de la lèvre postérieure du col, gros comme le poing, et entièrement prolabé hors de la vulve. On réduisit la tumeur ; on obtint à l'aide d'un ballon une dilatation qui se faisait difficilement ; l'accouchement se termina par une application de forceps. Un point de sphacèle du fibrôme fut guéri par des pansements iodoformés et des badigeonnages iodés ; la femme sortit guérie pour aller dans un service de gynécologie se faire opérer de son fibrôme.

Cette observation nous donna l'idée d'étudier les conditions créées par les fibrômes gravidiques au point

de vue des interventions auxquelles ils peuvent donner lieu.

Bien que cette étude ait été souvent reprise, une discussion se poursuivait sur ce sujet à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie (comptes rendus de mai à novembre 1901). M. Varnier à qui nous demandâmes conseil voulut bien nous inspirer l'idée de ce travail et nous faire profiter de sa grande expérience ; nous voulons lui en exprimer ici toute notre reconnaissance.

M. le professeur Pinard eut la bonté de nous permettre de nous servir des statistiques de la clinique Baudelocque, dressées sous sa direction et nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions de vouloir bien recevoir l'hommage de notre vive gratitude.

Parvenu au terme de nos études médicales nous tenons à remercier tous nos maîtres, pour la bonté avec laquelle ils nous ont accueilli et permis de profiter de leurs conseils, de leurs exemples et de leurs leçons.

M. le docteur Broca, qui, après nous avoir accueilli comme bénévole dans son service de chirurgie infantile a bien voulu nous accepter comme externe, fut notre premier maître ; nous le remercions de l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

M. le docteur André Petit dont nous avons été successivement l'élève bénévole, puis l'externe, fut notre premier maître en médecine ; nous avons su apprécier ses causeries cliniques au lit du malade, et son extrême amabilité. Nous nous en souviendrons toujours avec plaisir.

MM. les docteurs Théophile Anger, Lejars et Bazy dont nous fûmes l'externe nous ont permis d'acquérir de nombreuses notions de chirurgie grâce à leur enseignement pratique dans leur actif service de l'hôpital Beaujon, nous leur renouvelons l'assurance de notre reconnaissant souvenir.

M. le docteur Quénu qui compléta notre instruction chirurgicale n'a cessé de nous témoigner un intérêt dont nous le remercions vivement.

M. le docteur Courtois Suffit dont nous avons été l'interne provisoire fut pour nous un maître extrêmement aimable autant qu'instructif ; qu'il soit assuré de notre meilleur souvenir.

M. le docteur Wurtz dont nous fûmes aussi l'interne provisoire nous a donné des marques d'intérêt auxquelles nous avons été extrêmement sensible ; nous sommes heureux de pouvoir lui en témoigner notre vive reconnaissance.

M. le docteur Variot, lorsque nous remplîmes dans son service les fonctions d'interne provisoire, nous initia aux difficultés de la clinique infantile ; il nous témoigna aussi un intérêt dont nous le remercions vivement.

M. le docteur Champetier de Ribes qui nous accueillit avec une extrême bienveillance dans son service, et M. le docteur Varnier nous initièrent à l'art des accouchements, nous avons largement profité de leur enseignement pratique et nous leur en sommes extrêmement reconnaissant.

Nous remercions aussi Mlle Graillot, sage-femme

en chef de la maternité de l'Hôtel-Dieu, pour les renseignements et les conseils pratiques qu'elle nous a prodigués.

Enfin, nous ne saurions oublier MM. Campenon, Sébileau et Thiroloix dont nous avons été l'élève à des titres divers.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Depuis l'introduction des méthodes antiseptiques et aseptiques en chirurgie, les opérations chirurgicales sur l'utérus gravide ont cessé d'être considérées comme très dangereuses pour la femme. Aussi depuis ce moment les interventions sur les femmes enceintes se sont-elles multipliées.

Les fibrômes gravidiques, dont le pronostic était autrefois si grave, ont bénéficié dans une large mesure des nouvelles méthodes thérapeutiques : d'abord en ce que les dangers d'infection, si fréquents avant l'ère antiseptique, ont considérablement diminué depuis que les soins antiseptiques sont méthodiquement donnés aux femmes enceintes ; ensuite parce que les interventions chirurgicales ont cessé d'être le moyen ultime employé seulement dans les cas désespérés, lorsque tout le reste a échoué.

Actuellement, en effet, chirurgiens et accoucheurs sont d'accord sur ce point : intervenir dès le début du travail

si l'accouchement par les voies naturelles paraît impossible ou capable de compromettre la vie de la femme ou celle du fœtus.

L'expectation, permettant au travail de continuer dans l'espoir d'éviter une intervention, ne peut plus être recommandée, car on peut être obligé d'intervenir à un moment où les conditions seront bien moins favorables qu'au début du travail.

Les moyens chirurgicaux dont nous disposons actuellement font que, si l'on doute de la possibilité d'un accouchement par les voies naturelles, l'intervention précoce est considérée comme moins dangereuse que l'expectation prolongée.

La conduite à tenir au cours de la grossesse est tout à fait différente.

Il peut certes se produire du fait des fibrômes des accidents variés, mais ils sont rares et ne créent qu'exceptionnellement des indications d'extrême urgence.

Lorsque la vie de la femme est directement menacée, il n'y a, cela va de soi, qu'à opérer au plus vite. La vie de l'enfant est toujours en danger quand celle de la mère est menacée et l'on ne doit pas dans ce cas tenir compte du fœtus.

Mais bien des accidents, quoique sérieux ne mettent pas la femme en danger ; si l'utérus était vide, ils constitueraient une indication opératoire très nette, mais la grossesse doit imposer plus de réserve.

Malgré la règle de l'abstention poussée aussi loin que possible au cours de la grossesse, admise généralement, il y a actuellement une tendance à se départir de cette ligne de conduite.

« La conduite à tenir en présence de fibrômes compliqués de grossesse est, à peu de chose près, la même que si les fibrômes étaient seuls. » Telle est l'opinion soutenue par Lucas (thèse de Paris 1900) à propos de l'hystérectomie abdominale totale ; et par M. Richelot, à un point de vue plus général, dans une discussion à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie (juillet 1900).

Est-il vrai que les accidents des fibrômes soient justiciables de la même thérapeutique qu'il y ait grossesse ou non, c'est ce que nous examinerons ?

Une autre opinion exprimée par MM. Schwartz et Richelot au cours de la même discussion tend à faire admettre qu'en prévision d'accidents de ce genre on doit opérer *préventivement*, avant que la situation ne s'aggrave (M. Richelot), surtout si l'accouchement paraît devoir se faire difficilement ou si la grossesse ne paraît pas devoir évoluer jusqu'à terme. (M. Schwartz) (Société d'obstétrique, gynécologie et pædiatrie, avril 1901.)

L'étude de la statistique de la clinique Baudelocque pendant six années, va nous permettre de constater que les indications opératoires de la grossesse compliquée de fibrômes sont plus restreintes que ne le croient les chirurgiens.

En dehors de la question de la vie du fœtus, qui a de l'importance, il y a d'autres considérations qui doivent empêcher le chirurgien de se décider à intervenir comme si le fibrôme était seul.

Les accidents possibles au moment de l'accouchement ne sont guère nettement appréciables avant le

terme de la grossesse ; ils ne doivent donc pas être pris en considération pour les décisions à prendre au cours de la grossesse ; en intervenant au moment du travail on réalise le maximum des chances pour la vie du fœtus sans diminuer les chances de guérison de la mère.

Enfin une grossesse bien surveillée a de grandes chances d'aller à terme ou près du terme malgré les fibrômes ; il n'est donc pas légitime d'en interrompre le cours, si l'on n'a pas la main forcée par des accidents menaçants pour la vie de la femme.

Une objection peut nous être faite : La méthode conservatrice peut être appliquée à un certain nombre de fibrômes. Si l'intervention ne doit pas interrompre la grossesse, elle est très légitime, et permet de mettre la femme à l'abri des accidents du fibrôme. La grossesse n'est pas une contre-indication.

Cette objection n'a pas toute la valeur qu'elle paraît avoir : le plus souvent, on ne peut savoir si une myomectomie par la voie abdominale est possible, avant d'avoir fait la laparotomie ; il n'est possible de se décider en toute connaissance de cause qu'au cours de l'opération. On ne sait pas d'avance si on ne sera pas amené à faire une hystérectomie.

Il nous semble donc qu'on ne doit se décider à entreprendre une intervention de ce genre qu'en présence d'accidents légitimant une hystérectomie, quitte à se décider pour l'opération conservatrice si elle est possible.

Une autre considération doit encore arrêter le chirurgien ; rien ne garantit que l'intervention conservatrice ne produira pas l'interruption de la grossesse.

Pour la même raison les énucléations de fibrômes interstitiels du col ne doivent pas être conseillées au cours de la grossesse.

Il en est donc des interventions conservatrices comme des interventions radicales. On ne doit intervenir qu'en cas de danger. Mais alors, si on peut se contenter d'une myomectomie, il est très légitime d'opter pour cette opération qui parfois permettra à la grossesse de continuer son évolution.

En résumé, notre travail a pour but :

En précisant les raisons que l'on peut avoir d'intervenir au cours d'une grossesse compliquée de fibrômes, de montrer, comme l'on fait récemment MM. Pinard et Varnier à la société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie, qu'elles se présentent rarement.

Pour cela, nous nous appuierons sur les statistiques de la clinique Baudelocque, pendant six années (1895 inclusivement à 1900 inclusivement).

Nous établirons :

1° Que, au cours de la grossesse, les accidents qui commandent l'intervention sont rares ;

2° Que les accidents qui se produisent au moment de l'accouchement ne peuvent être pris en considération pour décider d'une intervention au cours de la grossesse ;

3° Que, par suite, les interventions seront rares pendant la grossesse.

Nous laissons de côté les considérations anatomiques ou cliniques qui règlent le mode d'intervention. Ces

questions ont été récemment exposées (1) et nous entraîneraient trop loin de notre sujet.

Pour les mêmes raisons, nous ne ferons pas l'historique des interventions pour fibrômes gravidiques.

Enfin, nous ne publierons pas de bibliographie ; notre sujet ne comportant pas de nombreuses recherches bibliographiques, nous donnerons seulement, au cours de notre travail, les indications précises sur nos citations, les opinions que nous exposons et les travaux dont elles proviennent.

(1) *Thèse* de Turner, Paris, 1900.
Doléris. *La Gynécologie*, 1900, février.
Delagenière. *Archives provinciales de chirurgie*, 1900.
Lucas. *Thèse* de Paris, 1900.
Duplay. *Presse médicale*, 1900.

85 observations résumées
de fibrômes gravidiques

relevé fait sur les statistiques
de la clinique Baudelocque

Années 1895-1896-1897-1898-1899-1900.

Numéro du registre	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Complications de la grossesse	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Interven
8	38	I			9e m.	OIGA	48 h.	12h30	artificiellt précoce	force lenteur trava
133	42	IV	3 à terme spontanés, le dernier il y a 11 ans		terme	OIDP	25 h.	5 m.	tempestive	présen tion tr versal duite manœ vres ex nes au but du vail
229	34	II	1 accouchement épaule enfant mort pendant le travail il y a 8 ans		terme	OIGA	15 h.	2 h 10	précoce	
358	38	II	voir observations		terme	OIGA	15h30	20 m.	tempestive	
693	36	I			terme	OIGT	27 h.	1 h.	précoce	
1217	40	I			terme	OIDP	?	3 h 30	prématurée	force lenteur la pér d'exp sion, s france l'enfan
1570	38	III	2 spontanés, sommet il y a 12 ans	albuminurie	8e m.	épaule	7 h 30		prématurée	Version manœ intern
1977	32	VIII	7 spontanés, 1 par an, le dernier il y a 1 an, aux 2 derniers, placenta sur le segment inf., rupture prém. des membranes.	légère hémorrhagie, 8 j. avant l'accouchement	8e m.	siège	14 h.	10 m.	prématurée	

de l'enfant	État de l'enfant	Mode et durée de la délivrance	Poids du placenta	Mensuration des membranes	Suites de couches	Observations
700	vivant	artificiell^{e} 20 m. hémor-rhagie	420 g	?	38° le 7e j. 39° le 10e j.	Procubitus d'un membre supérieur, fibrôme de la face antérieure de l'utérus.
380	vivant	naturelle 30 m.	530 g	33[11	normales	Fibrôme volumineux de la paroi antérieure de l'utérus au niveau de l'ombilic.
690	vivant	naturelle 40 m.	610 g	33[1	normales	Fibrôme de la partie gauche de l'utérus.
70	vivant	spontanée 20 m.	540 g	33[18	normales	*Histoire de l'accouchement antérieur.* — Souffrait depuis huit mois d'une tumeur abdominale, lorsqu'elle devint enceinte. Pendant la grossesse, le ventre augmente considérablement, au point d'empêcher la femme de marcher. Au 5e mois, opération par M. le professeur Terrier à Bichat (15 nov. 1890), ablation d'un fibrôme pesant 6 liv. 1/2, guérison ; la grossesse évolue jusqu'à terme ; OIDP ; durée du travail 15 h. ; durée de l'expulsion 30 m. ; enfant vivant du poids de 2 k. 960 ; délivrance naturelle 45 m. ; placenta 620 gr. ; au moment de l'accouchement on constate encore un fibrôme de la grosseur d'une petite mandarine au niveau du ligament large, un autre du volume d'une grosse noix au voisinage de l'ombilic.
80	vivant	naturelle 35 m.	610 g	36[7	39° les 10e et 11e j.	Diamètre promonto-sous-pubien : 10 c. 8. Idées de persécution pour lesquelles la femme est soignée à la Salpêtrière. Mariée depuis 12 ans. Petits fibrômes de la paroi antérieure de l'utérus.
00	vivant	naturelle 5 m.	500 g	32[0	normales	Petit fibrôme de la paroi antérieure de l'utérus.
00	mort pendant l'extraction	spontanée immédiate	435 g	27[3	normales	Utérus fibrômateux.
50	vivant	naturelle 35 m.	375 g	27[4	normales	Fibrôme gros comme une noisette sur la lèvre antérieure du col.

Numéro du registre	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Complications de la grossesse	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Interv
611	34	II	1 accouchement à terme spontané il y a un an.		terme	OIGT	7 h.	35 m.	prématurée	
842	32	I		hépatotoxémie, albuminurie.	9e m.	OIGA	19 h.	3 h.	précoce	forc
1236	34	I			terme	Siège SID mode d. fesses	10 h.		précoce	abai propl du p
1505	32	I		pesanteurs et douleurs de la région sacrée, hémorragie abondante et unique au début du travail arrêtée par une injection vagin. chaude.	terme		11h20		précoce	lapar hys tomi bet)
2104	32	I			9e m.	OIGA	?	1 h.	prématurée	
2160	28	II	accouchement prématuré à 7 mois il y a 4 ans, placenta sur le segment inférieur, enfant vivant.		terme	OIDP	8 h.35	2 h.30	tempestive	
2216	31	IV	1er accouchement à 8 m. 2 à terme, tous spontanés, le dernier il y a 7 ans.	hémorrhagie au début du travail.	8e m.	OIGA	6 h.25	10 m.	artificielle précoce	ruptu tific men et b de (peti Ribe hém gie.

de l'enfant	État de l'enfant	Mode et durée de la délivrance	Poids du placenta	Mensuration des membranes	Suites de couches	Observations
200	vivant	artificiell^t 55 m. hémorrhagie	480 g	?	38° les 5e et 10e j.	Xypho-scoliose rachitique. Petits fibrômes du fond de l'utérus.
590	mort pend. le travail	naturelle 45 m.	450 g	34|10	normales	5 accès d'éclampsie pendant le travail, foyers hémorrhagiques anciens et récents dans le placenta. Fibrôme de la partie droite de l'utérus.
700	vivant	artificiell^t 5 h.	350 g	20|8	normales	Aucune hémorrhagie pendant les 5 heures de la période de délivrance, le placenta est presque entièrement décollé au moment de la délivrance artificielle. Fibrôme de la partie gauche de l'utérus.
	mort pend. le travail				entre 38 et 38°4 les 3e et 4e j. Guérison, se lève le 22e j.	L'enfant étant mort, l'œuf étant ouvert, contractions utérines fréquentes et intenses, l'orifice utérin ne se dilate pas. Examen sous le chloroforme par M. Varnier. La main étant introduite tout entière dans le vagin, l'index trouve au fond du cul-de-sac antérieur, très profond, au-dessus du bord supérieur du pubis, l'orifice du col admettant le doigt ; bassin obstrué par une tumeur molle irrégulière, immobile, occupant la concavité sacrée et le cul-de-sac de Douglas, de la grosseur d'une orange, ne se déplaçant pas avec l'utérus très mobile, indépendante du rectum. Extirpation en un seul temps de l'utérus avec son contenu après laparotomie.
20	vivant	naturelle 1 h. 15	400 g	39|4	normales	Plusieurs fibrômes de la paroi antérieure de l'utérus.
80	vivant	spontanée 10 m.	530 g	?	normales	Fibrôme petit sur la partie droite du fond de l'utérus.
50	mort pend. le travail	naturelle 35 m.	440 g	?	38° les 1er et 6e j.	Placenta sur le segment inférieur ; par le toucher on arrive sur les cotylédons placentaires ; plusieurs petits fibrômes de la paroi utérine antérieure.

Numéro du registre	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Complications de la grossesse	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Inter
333	32	I			7ᵉ m.	OIDP	11 h.	1 h.	prématurée	
463	25	II	avortement au 3ᵉ mois 1893.		terme	OIDP	?	9 h.	prématurée	fo
522	30	III	2 spontanés à ter., le dern. il y a 3 ans.	albuminurie petite hémor. à 4 m.	terme	OIGA	19 h.	5 m.	tempestive	
700	35	I			9ᵉ m.	OIDP	11h15	4 h.	précoce	fo
756	21	I			terme	épaule gauche dorso antérieure	18h50		prématurée	vers man inte vers man exte cou gro
764	34	I			terme	OIGA	?	4 h 45	tempestive	
787	32	II	un à terme spontané sommet l'année précédente.		terme	OIGA	4 h 30	20 m.	tempestive	
1086	37	II	une présentation de l'épaule il y a 10 ans.		terme	OIDP	5 h 20	10 m.	tempestive	prés du vers mai ex au
1113	43	VII	6 à ter. spontanés sommet le dern. il y a 6 ans.		3ᵉ m.	siège	14 h.	?	?	
1155	32	I			terme	OIGA	14h10	25 m.	tempestive	
1278	34	III	1 avortement de 4 mois. 1 avortement de 3 mois il y a 2 ans.	hémor. de qq. heures à 4 j. d'interv. au 3ᵉ m., coïnc. avec la date des règles.	terme	siège SIG mode des fesses	13h30	1 h 20	tempestive	ex
1398	42	I		albuminurie	terme	OIDP	9 h.	1 h.	précoce	

	Etat de l'enfant	Mode et durée de la délivrance	Poids du placenta	Mensuration des membranes	Suites de couches	Observations
20	vivant	artificielle 1 h 30 hémorrhagie	300 g	?	normales	Fibrôme sous-péritonéal du volume d'une mandarine sur la paroi antéro-latérale droite de l'utérus. Au moment de la délivrance artificielle, le placenta est fortement adhérent surtout à la corne utérine droite (Le Masson).
0	vivant	artificielle 1 h 20 hémor.	580 g	?	normales	Petit fibrôme du fond de l'utérus.
0	vivant	spontanée 15 min.	530 g	36[8	normales	Fibrôme pédiculé de la paroi antérieure.
0	vivant	naturelle 1 h 15	600 g	30[14	normales	Petit fibrôme de la paroi antérieure de l'utérus à 3 c. au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane.
0	mort pend. l'extraction	artificielle immédiate	450 g	?	normales	Promontoire accessible ; déchirure du vagin pendant l'extraction ; enfoncement de la portion supérieure du pariétal droit ; fibrôme occupant la paroi postérieure du segment inférieur remplissant la partie postérieure de l'excavation ; sa limite inférieure est à 3 ou 4 cm. de l'orifice cervical, il remonte jusqu'au dessus du promontoire.
0	vivant	naturelle 45 min.	580 g	34[9	39° les 2e et 4e j. inj. intr.-ut.	Fibrôme de la grosseur d'une mandarine au niveau de l'ombilic sur la paroi antérieure de l'utérus.
0	vivant	naturelle 30 min.	610 g	35[8	normales	Petit fibrôme de la paroi antérieure.
0	vivant	naturelle 30 min.	680 g	?	normales	Fibrôme de la paroi postérieure au-dessus de l'ombilic.
.		artificielle 8 h. fièvre hémorrhagie	120 g	?	normales	Nombreux fibrômes utérins. Un siège sur la lèvre antérieure du col ; le placenta adhère à un fibrôme de la corne utérine droite.
)	vivant	naturelle 55 min.	530 g	31[10	normales	Ménorrhagies, endométrite hémorrhagique ; fibrôme de la grosseur d'une mandarine à la partie moyenne et latérale droite de la paroi antérieure de l'utérus.
)	vivant	artificielle immédiate	650 g	?	38° les 4e et 17e j.	Fibrôme du volume d'une tête d'adulte à la partie moyenne et dans la moitié gauche de l'utérus, ayant causé des difficultés pour l'abaissement du pied.
)	vivant	naturelle 35 min.	500 g	42[11	38°8 le 3e j. injec. int.-ut.	Fibrôme de la grosseur d'une mandarine au niveau du fond de l'utérus.

Numéro du registre	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Complications de la grossesse	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Interv
1660	29	I			8e m.	OIDP	10h30	6 h 30	prématurée	Forc
1913	34	III	2 à ter. spont. le dern. il y a 3 ans.	albuminurie hépatotoxémie.	terme	OIGA	3 h.	15 m.	tempestive	
2075	47	XIII	12 à terme spontanés sommet le dernier il y a 5 ans.	hémorrhagies durant quelq. min. les 5e, 7e. 8e m. - œdème des jambes.	terme	OIGA	?	?	précoce	
2118	37	I			terme	OIGP	13 h.	2 h 50	précoce	
2164	33	I			terme	tête non engagée	?	?	précoce artificiell•	dilat man 2 f. r tion c don den',1 sur t détr. en C
2230	34	X	9 à terme spontanés sommet le dernier il y a 2 ans.	bronchite	terme	OIGA	?	35 m.	tempestive	

	État de l'enfant	Mode et durée de la délivrance	Poids du placenta	Mensuration des membranes	Suites de couches	Observations
270	mort le 10e jour	naturelle 50 min.	420 g	31/10	normales	Utérus fibrômateux.
370	vivant	naturelle 45 min.	530 g	30/13	normales	Fibrôme du volume d'une mandarine au niveau de la corne gauche de l'utérus.
020	macéré	spontanée 5 min.	570 g	31/4	normales	Deux gros foyers hémorrhagiques dans le placenta. Utérus fibrômateux.
320	vivant	naturelle 35 min.	450 g	31/10	normales	Fibrômes multiples : 1 à 8 cent. au-dessus et à 7 cm. en dehors et à gauche de l'ombilic — gros comme un œuf de pigeon. — Un gros comme une noisette au niveau de l'ombilic. 3 gros comme des petites noix à quelques centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic.
520	mort qq. h. apr. la naissance.	artificielle immédiate	650 g	?	normales	Femme entrée dans le service le 4 décembre avec dilatation comme 1 fr. Le 8 décembre au moment de l'intervention, col dilaté comme 2 fr. Membranes rompues, contractions utérines irrégulières. A la suite de l'intervention, déchirure du col en avant et à droite sur 1 cm. de hauteur. Fibrôme gros comme une noix sur la lèvre postérieure du col.
190	vivant	naturelle 30 min.	700 g	42/10	normales	Rétrécissement mitral ; fibrôme du volume d'une noix au-dessous et à droite de l'ombilic.

Numéro du registre	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Complications de la grossesse	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Interv
132	40	III	2 à terme spontanés sommet le dernier il y a 5 ans	albuminurie hémorrhagie au début du travail	terme	OIDP	5 h.	1 h 30	précoce	for
410	32	I			9e m.	OIGA	?	30 m.	tempestive	
674	36	I			9e m.	OIGA	13 h.	3 h 15	précoce	
930	31	I			terme	OIGA	?	35 m.	prématurée	
909 (1)	33	III	normaux 1 siège 1 som.	*aucune*	terme	Siège mode des pieds	?	?	?	Opé de I M. V
934	36	I			terme	OIDP	?	4 h 15	prématurée	
959	33	II	1 à terme forceps il y a 1 an		terme	OIGA	9 h.	1 h 45	tempestive	
1144	23	I			9e m.	OIGA	9 h 30	3 h 30	précoce	for
1176	34	I			9e m.	OIDP	?	55 m.	précoce	
1319	37	II			terme	OIGA	?	2 h 30	prématurée	
1530	33	I			9e m.	OIGA	24 h.	55 m.	précoce	
1618	32	I			terme	OIGA	3 h 30	50 m.	tempestive	
2177	37	I			9e m.	OIDP	6 h 30	3 h.	précoce	
2331	35	I			8e m.	OIGA	26 h.	8 h 40	prématurée	

(1) Observation détaillée dans fonctionnement de la maison d'accouchement Baude mai 1901.

	État de l'enfant	Mode et durée de la délivrance	Poids du placenta	Mensuration des membranes	Suites de couches	Observations
30	vivant	artificielle 30 m. hémor-rhagie	470	?	normales	Fibrôme du volume d'une tête fœtale sur la partie droite du segment inférieur.
50	vivant	naturelle 50 m.	400	27[4	normales	Deux fibrômes du volume d'un œuf de poule sur la paroi antérieure de l'utérus.
50	vivant	naturelle 30 m.	500	35[9	normales	Fibrômes du volume du poing occupant la partie moyenne et latérale droite de l'utérus.
00	vivant	naturelle 45 m.	515	35[3	38° le 5e j.	Fibrôme.
50	Mort putré-faction cordon coupé	?	?	?	Mort quelques heures après l'opéra-tion	Fibrôme utérin intra-pariétal du volume d'une tête d'adulte rendant l'accouchement impossible, quelques noyaux fibrômateux çà et là, procidence du cordon, membranes rompues, putréfaction fœtale, physométrie. Température : 38°.8, pouls : 140. Frissons, cyanose. Opération de Porro : pendant l'opération, hémorrhagies nasales et buccales qui se sont reproduites au moment de la mort. Au réveil de la femme, pouls incomptable, le sérum antistreptococcique injecté avant l'opération n'est pas absorbé. Mort.
10	vivant	naturelle 30 m.	450	30[15	normales	Un fibrôme volumineux de la partie gauche de l'utérus. Plusieurs fibrômes du volume d'une noix dans la partie latérale droite.
00	vivant	naturelle 5 m.	640	27[13	normales	Deux fibrômes sur la paroi antérieure.
30	vivant	naturelle 45 m.	430	34[7	normales	Fibrôme pédiculé de la grosseur d'une noix, situé au fond de l'utérus.
80	vivant	naturelle 30 m.	670	38[2	normales	Fibrôme sous-péritonéal du volume d'une noix au fond de l'utérus.
00	vivant	naturelle 40 m.	690	38[7	normales	Deux fibrômes de petit volume sur le fond de l'utérus
00	vivant	naturelle 5 m.	400	?	mort	Fibrôme sous-péritonéal de la partie gauche de l'utérus. Volume d'une tête de fœtus à terme. Eclampsie. Mort le 2e jour après l'accouchement.
40	vivant	naturelle 30 m.	600	24[12	normales	Thrombus du vagin. Fibrôme du volume d'une noix, au niveau de la corne gauche.
90	vivant	naturelle 15 m. hémor-rhagie	400	34[5	38° le 8e j.	Fibrôme de la grosseur d'une mandarine à gauche. Un autre gros comme une noix à droite. Un troisième sur la ligne médiane.
00	vivant	naturelle 30 m.	470	24[8	normales	Petits fibrômes sous-péritonéaux.

…e 1898, et dans comptes-rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie.

Numéro du registre	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Complications de la grossesse	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Inter
361	42	II	1 à ter. spontané, somm. il y a 12 ans	hémorrhagie ayant duré 2 j., au 2ᵉ m. de la grossesse.	8ᵉ m.	OIDP	27 h.	1 h.	précoce	
410	44	VIII	5 à ter. spontanés, 2 av. le dern. acc. il y a 2 ans.	albuminurie, dyspn. troubles graves d'hépatotoxémie.	6ᵉ m.	épaule	6 h.			avort thér tiqu
440	30	I			terme	OIGA	16 h.	1 h 50	précoce	
548	32	I		albuminurie	terme	OIDP	?	35 m.	prématurée	
567	33	I			8ᵉ m.	OIGA	1 h 40	30 m.	tempestive	
809	30	I		douleurs abd. violentes.	terme	OIDP	2 h 50	50 m.	prématurée	
944	31	I			terme	OIDP	12h45	50 m.	tempestive	
1029	38	I			8ᵉ m.	OIGA	13h30	3 h 30	précoce	
1052	40	I			9ᵉ m.	OIDT	33 h.		prématurée	ball Ch tier bes,
1068	36	I			9ᵉ m.	OIGA	8 h 45	1 h 15	prématurée	
1192	37	IV	3 à ter. spontanés, sommet, le dern. il y a 6 ans.		terme	OIDP	4 h.	5 m.	tempestive	
1362	26	I		albuminurie	9ᵉ m.	OIDP	11 h.	20 m.	tempestive	
1412	44	I			terme	OIGA	32 h.	6 h.	tempestive	for
1482	37	I			terme	OIGA	33 h.	5 h.	précoce artificiell°	for

	État de l'enfant	Mode et durée de la délivrance	Poids du placenta	Mensuration des membranes	Suites de couches	Observations
0	vivant	naturelle 30 m.	180 g	28[10	normales	Utérus fibrômateux.
r.	mort	artificielle immédiate	260 g	20[0	mort le 9e jour d'accid. pulmonaires	Fibrôme utérin.
40	vivant	naturelle 30 m.	510 g	?	normales	Petit fibrôme au-dessous de l'ombilic.
20	vivant	naturelle 30 m.	600 g	?	normales	Utérus fibrômateux.
30	mort le 10e j.	naturelle 30 m.	470 g	22[14	normales	Fibrôme gros comme une tête d'adulte à la paroi antérieure de l'utérus. Au-dessous : un plus petit.
10	vivant	naturelle 30 m.	400 g	31[13	normales	Deux fibrômes du fond de l'utérus, l'un est du volume d'une tête fœtale.
50	vivant	spontanée 5 m.	470 g	30[9	normales	Utérus fibrômateux.
20	vivant	naturelle 35 m.	375 g	25[5	normales	Deux petits fibrômes, l'un au tiers inférieur de la paroi antérieure de l'utérus, l'autre au fond.
60	mort pend. l'extr.	artificielle immédiate	500 g	27[11	normales	Bassin rétréci, diamètre promonto-sous-pubien : 10 cm. 2 : utérus fibrômateux.
70	vivant	naturelle 45 m.	520 g	19[9	normales	Utérus fibrômateux et cloisonné. Grossesse développée dans la corne utérine droite.
50	vivant	naturelle 1 h.	590 g	28[15	normales	Trois volumineux fibrômes siégeant à la paroi antérieure de l'utérus. D'autres, plus petits, sont intercalés entre les précédents.
140	mort le 29e jour	spontanée 5 m.	490 g	34[11	entre 38° et 39° du 6e au 11e jour	Fibrôme du volume d'une noisette sur la paroi antérieure de l'utérus.
500	vivant	naturelle 15 m.	850 g	?	38° le 1er jour	Fibrôme du volume d'une orange sur la paroi antérieure du segment inférieur.
730	vivant	naturelle 30 m.	540 g	?	normales	Fibrômes multiples de petit volume.

Numéro du registre	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Complications de la grossesse	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Inter
1675	38	I			9e m.	OIDP	?	?	précoce	for pc altér d. br cœur
1706	28	II	un à terme spontané sommet il y a 7 ans		3e m.		?	?	?	
1954	33	I			8e m.	OIDP	20 h.	6 h.	tempestive	lapa mie ratri 5e m

	État de l'enfant	Mode et durée de la délivrance	Poids du placenta	Mensuration des membranes	Suites de couches	Observations
10	vivant	artificiellᵉ immé-diate	600 g	19|11	38°à 38°4 les 7ᵉ et 8ᵉ jours	Fibrômes petits et multiples sur la paroi utérine antérieure. Fibrômes volumineux du fond de l'utérus.
					normales	Utérus fibrômateux.
20	vivant	artificielle 5 m.	670 g	?	normales	Fibrôme du volume d'une tête fœtale au niveau de la corne gauche de l'utérus.

Numéro du registre	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Complications de la grossesse	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Inte
11	34	I			9e m.	OIDP	?	1 h 10	précoce	
42	39	I			terme	OIDP	38h30	10 m.	prématu-rée	fo imp fonc
67	39	I		pert^{es} de sang du 2e au 3e m	7e m.	OIDP	14 h.	15 m.	précoce	
80	30	I			9e m.	OIGA	12h30	2 h	tempesti^{ve}	
194	40	I		phlébite variqueuse au 6e m.	terme	OIGA	79 h.	?	tempesti^{ve}	fo déf prog
228	38	II	1 accouchement en 1895 forceps enfant vivant		terme	OIGA	7 h 10	10 m.	artificiell^{e}	
242	32	IV	2 prématurés 1 à terme		9e m.	OIGA	16h45	15 m.	prématu-rée	
532	25	II	1 accouchement à 8 m. spontané 1899		terme	OIGA	7 h 15	15 m.	précoce	
535	32	I			terme	OIGA	6 h 30	30 m.	précoce	
616	36	I			terme	OIDP	82 h.		artificiell^{e}	foi imp fon n
655	25	VI	4 avortements 1 grossesse à term. enfant vivant 1898 obs. 1016		terme	OIGA	?	5 m.	tempesti^{ve}	
848	38	I			terme	OIGA	24 h.	5 h 25	précoce	foi défa prog
945	34	I			terme	OIGA	15h30	10 m.	tempesti^{ve}	

	Etat de l'enfant	Mode et durée de la délivrance	Poids du placenta	Mensuration des membranes	Suites de couches	Observations
0	vivant	naturelle	500	34[4	lym-phangite du sein le 7e j.	Petit fibrôme sur la paroi antéro-latérale droite de l'utérus.
0	vivant	artificiell'	490	?	1 fois 40°	Vagin cloisonné, fibrôme de la grosseur d'une orange au niveau de la corne gauche. Température normale le 6e jour.
0	vivant	naturelle	400	?	1 fois 38° le 2e j.	Fibrôme de la grosseur d'une mandarine au fond de l'utérus. Enfant sorti vivant le 15e jour.
0	vivant	naturelle	400	26[4	normales	Fibrômes.
0	vivant	artificielle	640	26[4	1 fois 37°8	Masse fibreuse de la paroi postérieure au niveau du segment inférieur.
0	vivant	naturelle	?	40[6	normales	Fibrôme de la corne gauche.
0	vivant	naturelle	430	33[3	normales	Fibrôme de petit volume du fond de l'utérus.
0	vivant	naturelle	460	33[2	normales	Fibrôme du fond de l'utérus.
0	vivant	spontanée	?	?	normales	Fibrômes multiples de la paroi antérieure.
0	vivant	artificielle	570	?	3 fois 38°	Le fibrôme constaté en 1898 n'a pas augmenté de volume.
0	vivant	spontanée	?	?	normales	Plusieurs fibrômes de la paroi antérieure.
0	vivant	naturelle	?	?	normales	Fibrôme de la face antérieure de l'utérus au niveau de l'ombilic.
0	né en état de mort apparente mort 3e jour	naturelle	?	?	normales	Quatre fibrômes du fond de l'utérus.

Numéro du registre	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Complications de la grossesse	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Inte
962	33	II	1 accouchement normal 1892 enfant vivant		terme	OIDT	14h20		précoce	bas
1049	40	I		albuminurie	terme	OIDP	15h30	2 h 30	artificiell^{e}	
1216	35	I			3e m.	?	?	?	?	
1648	34	II	1 accouchem. spontané à terme, enf. vivant, 1898 obs. 410		8e m.	OIDP	?	25 m.	artificiell^{e}	
1718	41	I			terme	OIDT	19h25		prématurée	fo imp fonc
2016	35	I			8e m.	siège	3 h 45	1 h.	artificiell^{e}	ext
2105	25	I			3e m.	?				
2146	30	I			terme	OIGA	8 h 55	5 h.		

	État de l'enfant	Mode et durée de la délivrance	Poids du placenta	Mensuration des membranes	Suites de couches	Observations
0	mort pendant le travail	artificiellᵗ	?	?	normales	Bassin rétréci : diamètre promonto-sous-pubien 10 cm. 6. Procidence du cordon ayant occasionné la mort du fœtus.
0	vivant	naturelle	?	?	normales	Fibrôme utérin.
.	mort	?	?	?	normales	Plusieurs fibrômes du volume d'un œuf de pigeon.
0	vivant	naturelle	?	?	normales	Les fibrômes n'ont pas augmenté depuis 1898.
0	vivant	naturelle	?	?	normales	Fibrômes multiples, l'un de la grosseur d'une tête de fœtus à terme sur le côté gauche de l'utérus.
0	mort le 4ᵉ j.	naturelle	?	?	mort le 7ᵉ j.	Utérus rempli de noyaux fibreux. Insuffisance mitrale ; adipose généralisée.
					mort le 5ᵉ j.	Femme arrivée dans le service avec des phénomènes de compression de la vessie et une cystite purulente. M. Pinard diagnostique une grossesse de 3 mois et un fibrôme de la paroi postérieure complètement enclavé. Il juge une intervention immédiate nécessaire. Laparotomie, incision de l'utérus. Extraction d'un fœtus vivant et du placenta (le tout pesant 200 gr.), puis hystérectomie. L'utérus fibrômateux pèse 1420 gr. ; le fibrôme très ramolli occupait la paroi postérieure. Mort de la femme le 5ᵉ jour par obstruction intestinale.
0	vivant	naturelle	?	?	normales	Deux fibrômes sur la face antérieure de l'utérus. Un au fond de l'utérus.

DEUXIÈME PARTIE

Rareté des accidents susceptibles de provoquer une intervention avant le terme de la grossesse.

CHAPITRE PREMIER

TROUBLES DE COMPRESSION

Les symptômes de compression sont les causes les plus fréquentes d'interventions chirurgicales au cours de la grossesse compliquée de fibrômes.

Quand doit-on intervenir ? — Les symptômes de compression sont, en dehors de l'état de grossesse, suffisants pour décider un chirurgien à intervenir. Le plus souvent, en effet, ils sont progressifs et la situation va en s'aggravant.

Pendant la grossesse, il y a un nouvel élément dont il faut tenir compte : l'œuf augmente le volume de l'utérus et forme une tumeur physiologique capable de déterminer des compressions, même en l'absence de tumeurs fibreuses.

Les compressions déterminées par l'utérus gravide cessent aussitôt l'œuf expulsé.

Il y a donc lieu de considérer, dans les fibrômes gravidiques, deux éléments de compression :

Un élément permanent : le fibrôme, et un élément temporaire : l'utérus gravide, dont l'action doit cesser après l'accouchement.

Quelle part revient à chacun de ces facteurs dans la pathogénie des troubles de compression ?

En présence d'un cas donné, elle est presque impossible à déterminer exactement.

Dès lors, si les phénomènes ne sont pas menaçants, pourquoi interrompre une grossesse pour des accidents qui peuvent être intermittents, et ont des chances de disparaître définitivement après l'accouchement ?

Cette considération, jointe à celle de l'existence du fœtus, que le praticien doit sauvegarder autant qu'il est en son pouvoir, doit empêcher de traiter les fibrômes comme s'ils étaient seuls.

Les accidents qui mettent en danger la vie de la femme justifient seuls une opération ayant pour but ou pour résultat possible l'interruption de la grossesse.

Les compressions peuvent porter sur les nerfs, les vaisseaux, l'intestin ou l'appareil urinaire.

Les compressions nerveuses et vasculaires ne mettent pour ainsi dire jamais l'existence de la femme en danger.

Les troubles urinaires sont moins rarement menaçants. Ils varient depuis la dysurie simple jusqu'à la

rétention d'urine compliquée ou non d'infection urinaire (cystite-pyélonéphrite).

Les troubles intestinaux varient depuis la constipation rebelle, jusqu'à l'obstruction intestinale avec coprémie.

Tous ces troubles sont exceptionnellement menaçants, sauf le cas où un fibrôme enclavé dans le petit bassin comprime à la fois le rectum et l'appareil urinaire, ce qui met rapidement la femme dans un état alarmant.

Fréquence. — La fréquence des troubles de compression n'est pas aussi considérable qu'on pourrait le croire : sur 85 observations de fibrômes gravidiques nous les trouvons signalés 3 fois seulement.

Dans deux de ces observations les troubles furent assez peu graves pour qu'on n'en prît aucune inquiétude.

Chez l'une de ces femmes, en effet, on note pendant la grossesse : « pesanteurs et douleurs à la région sacrée » (an. 1896, obs. 1505). On intervint au moment de l'accouchement pour dystocie ; mais il ne s'agissait plus de troubles de compression.

Chez une autre femme on note : « Violentes douleurs abdominales » (an. 1899, obs. 809). Cependant, cette femme mena sa grossesse à terme et accoucha sans difficultés.

Nous pouvons observer, à ce propos, que l'intensité des phénomènes de compression n'est pas ce qui crée l'indication opératoire, cette indication n'est donnée que par le danger qu'ils font courir à la vie de la femme.

La troisième observation est la seule où les troubles furent vraiment menaçants (an. 1900, obs. 2105). Il s'agit d'un fibrôme de la paroi postérieure de l'utérus enclavé dans le petit bassin, les accidents survinrent au troisième mois de la grossesse. Les phénomènes vésicaux surtout étaient marqués, il existait une cystite purulente.

On dut intervenir d'urgence à l'entrée de la femme dans le service.

Cette femme mourut 5 jours après d'obstruction intestinale.

En résumé un seule observation de troubles graves de compression, sur 85 observations dans une statistique portant sur 13.844 grossesses.

Marche galopante. — On peut rapprocher des troubles de compression le phénomène signalé par M. Pozzi sous le nom de marche galopante des fibrômes (*Traité de gynécologie*, 3e édit.). « La malade, écrit-il, meurt non pas tant par l'hémorrhagie que par le développement exagéré de la masse morbide et par les phénomènes de compression et de dénutrition qui en résultent. »

Pour M. Schwartz ce phénomène serait souvent causé par une dégénérescence de la tumeur qui aboutit à la transformation kystique.

Théoriquement cette marche galopante des fibrômes doit se produire surtout pendant la grossesse, les classiques admettent en effet l'augmentation de volume des fibrômes et leurs dégénérescences diverses au cours de la grossesse ; la marche galopante ne serait qu'une exagération de ces phénomènes ; les troubles de compres-

sion qu'elle détermine seraient encore aggravés du fait de la tumeur fœtale qui ajoute son effet à celui de la tumeur fibreuse.

Cependant nous n'avons constaté aucun fait de ce genre et ils sont exceptionnellement signalés au cours de la grossesse.

S'ils se produisent sous la forme décrite par M. Pozzi, il est bien évident qu'il ne faut pas attendre la cachexie pour opérer la femme. Mais le diagnostic de cette complication suppose une observation de la femme mise pendant un certain temps au repos complet au lit sans que son état se soit amélioré — à moins qu'au moment où on l'examine pour la première fois son état ne commande l'intervention immédiate — ce qui est absolument exceptionnel.

Réaction péritonéale. — Un autre complexus symptomatique peut se produire sous l'influence du développement rapide des tumeurs fibreuses. On le désigne sous le nom de : « réaction péritonéale. »

Le péritoine se distend, s'irrite, et l'on voit survenir des phénomènes de péritonisme, vomissement, sensibilité abdominale, douleurs névralgiques ; parfois un peu d'ascite ; pour peu que cet état se prolonge, la malade se cachectise et son état peut devenir alarmant. Parfois même il y a de véritables poussées de péritonite (1).

Cette complication signalée (d'après Turner) dans un grand nombre d'observations ne se rencontre pas plus

(1) H. Varnier, *Annales de gynécolgie*, 1886, t. xxvi, p. 18.

dans notre statistique que les faits de marche galopante auxquels elle est généralement associée. Nous devons donc les considérer comme rares.

Ici encore la raison d'intervenir sera le plus souvent fournie par la constatation de l'aggravation de l'état de la femme après une observation attentive pendant un temps suffisant. Le plus souvent en effet la femme se présentera au chirurgien avant que l'urgence ne soit absolue.

Compressions à distance. — La dyspnée progressive déterminée par le refoulement du diaphragme par les grosses tumeurs est symptomatique de la compression du poumon et du surmenage du cœur.

Si elle est jointe à d'autres signes de compression grave, si elle est assez intense pour compromettre l'existence de la femme, il y a lieu d'intervenir. Ces faits sont extrêmement rares au cours de la grossesse et nos observations n'en rapportent pas un seul cas.

Ne parlons que pour mémoire des dégénérescences du myocarde (atrophie brune, dégénérescence graisseuses) signalées par Hofmeier comme cause de mort subite. Ces lésions ne se diagnostiquent qu'avec beaucoup de difficultés et constitueraient plutôt si elles étaient reconnues une contre-indication opératoire,

Rétroflexion de l'utérus gravide. — Enfin des accidents d'un ordre spécial sont déterminés par la rétroflexion de l'utérus gravide, lorsqu'un fibrôme du fond ou de la face postérieure de l'utérus est maintenu dans le petit bassin par son volume ou par des adhérences, pendant que l'utérus tend à s'élever dans l'abdomen.

Ces accidents sont d'une grande rareté. Nous avons une seule observation de ce genre (an. 1896, n° 1505) et elle montre que, malgré la rétroflexion, la grossesse peut évoluer sans accidents jusqu'à terme.

Néanmoins si des troubles se produisent on doit réduire la rétroflexion. On tentera d'abord la réduction par la voie vaginale. Si l'on est obligé de faire une laparotomie on se décidera suivant les circonstances pour la myomectomie ou pour le simple redressement qui évitera le retour des accidents. Très exceptionnellement on sera amené à faire une hystérectomie.

Conclusions. — En résumé, les accidents graves de compression sont extrêmement rares ; nous en avons une seule observation sur 85 grossesses compliquées de fibrômes. On ne devra pas pour se décider à intervenir se baser sur la simple constatation de phénomènes de compression. Ce qui légitime l'intervention, c'est le fait que la vie de la femme est directement menacée.

CHAPITRE II

HÉMORRHAGIES

« Les fibrômes donnent fréquemment des hémorrhagies qui deviennent souvent le symptôme dominant. » (Pozzi, *Traité de gynécologie.*) Wyder pensait qu'elles étaient liées aux lésions de métrite interstitielle ; pour Schwartz et Hepp (*Traité de chirurgie*, t. x) elles ne viennent « ni de la tumeur ni d'une métrite fongueuse qui est l'exception dans la fibrômatose utérine ; il semble qu'elles dépendent d'un état congestif, favorisé par la sclérose vasculaire et périvasculaire des vaisseaux utérins. »

Si telle est la pathogénie des hémorrhagies des fibrômes, l'état de grossesse devrait singulièrement favoriser leur production.

Cependant les hémorrhagies de la grossesse ne sont que très exceptionnellement sous la dépendance de la tumeur.

Insertion du placenta sur le segment inférieur. — La plupart des hémorrhagies des fiôbrmes gravidiques

reconnaissent pour cause l'insertion du placenta sur le segment inférieur, parfois aussi les lésions albuminuriques du placenta.

Sur 10 cas d'hémorrhagies avant l'accouchement nous en notons 3 au début du travail, 7 au cours de la grossesse.

4 fois le placenta s'insérait sur le segment inférieur.

4 fois l'insertion du placenta ne put être vérifiée.

2 fois seulement l'insertion fut trouvée normale.

Dans l'une de ces 2 observations l'albuminurie paraît être en cause (an. 1898, obs. 1618), dans l'autre (an. 1899, obs. 351), il n'apparaît pas nettement aux allures de l'hémorrhagie qu'elle soit sous la dépendance du fibrôme ; les pertes de sang ayant duré 2 jours, au deuxième mois, sans présenter de gravité, et ayant disparu d'elles-mêmes pour ne plus revenir.

Parmi les cas où les membranes n'étaient pas mesurables il est permis de supposer la fréquence de l'insertion basse du placenta que nous retrouvons dans les deux tiers des cas où on peut constater le mode d'insertion ; — en effet dans 85 observations 30 fois l'insertion basse fut constatée.

35 fois on ne put constater le mode d'insertion.

20 fois l'insertion était normale.

Nous conclurons donc en citant M. Pinard (comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie, juin 1901).

« En dehors des cas d'insertion vicieuse où sont donc les hémorrhagies pendant la grossesse ? pour ma part j'avoue ne pas les avoir rencontrées. »

Remarquons, en outre, qu'aucune des hémorrhagies relatées dans nos observations n'a revêtu ces caractères menaçants qui imposent l'intervention chirurgicale.

Une seule fois, au début du travail, la rupture des membranes et l'introduction d'un ballon furent nécessaires (an. 1896, obs. 2216).

Au cours de la grossesse les hémorrhagies ont toujours cédé au repos et n'ont nécessité que des soins hygiéniques.

Conclusion. — Les hémorrhagies assez alarmantes pour constituer une indication chirurgicale sont exceptionnelles au cours de la grossesse, — le plus souvent elles sont en rapport avec une insertion vicieuse du placenta — et la thérapeutique doit être le plus souvent celle des hémorrhagies par insertion du placenta sur le segment inférieur ; les fibrômes sont exceptionnellement en cause.

CHAPITRE III

ACCIDENTS SEPTIQUES, GANGRÉNEUX ; TORSIONS

Suppurations. — La suppuration des fibrômes était un accident fréquent avant l'introduction des méthodes antiseptiques en gynécologie et en obstétrique.

La pathogénie de ces accidents était l'infection utérine, le plus souvent au moment de l'expulsion de l'œuf, propagée au fibrôme directement ou par ses vaisseaux nourriciers.

Les faits de ce genre sont devenus très rares et ils ne se produisaient pas souvent autrefois au cours de la grossesse, ce qui s'explique par leur pathogénie.

Cependant les fibrômes gravidiques peuvent exceptionnellement s'infecter d'autre manière : par adhérence à des organes infectés comme les annexes malades ou à des organes qui, comme le rectum, contiennent une flore bactérienne capable d'exalter sa virulence sous certaines influences, surtout si un point de sphacèle par oblitération des vaisseaux de la tumeur, tordus ou tiraillés, vient créer un point d'appel pour l'infection.

Enfin Claisse (Thèse de Paris 1900) admet que les fi-

brômes étant d'origine infectieuse contiennent dès le début des germes susceptibles d'exalter leur virulence en présence d'une dégénérescence quelconque de la tumeur déterminée par la grossesse ou un traumatisme.

Ces deux derniers modes d'infection des fibrômes sont théoriquement possibles au cours de la grossesse, mais ils sont sans doute très exceptionnels, car nos observations n'en contiennent aucun exemple.

Guéry (Thèse, 1900) qui a colligé 94 observations de suppuration des fibrômes, pour la plupart anciennes, signale 19 fois les accidents au moment de l'accouchement, 8 fois seulement au cours de la grossesse.

Mais si par exception un fibrôme suppurait au cours d'une grossesse, l'intervention chirurgicale s'imposerait naturellement d'urgence.

Sphacèle. — Nous ne trouvons aucune mention de sphacèle des fibrômes dans nos observations. Un fibrôme sphacélé ne suppure pas forcément, néanmoins la suppuration est la règle dans ce cas.

Du reste le véritable sphacèle des fibrômes est rare même en dehors de la grossesse (M. Quénu, Société de Chirurgie, janvier 1902).

Torsions. — Les accidents de torsion sont exceptionnels. Ils peuvent se produire de deux façons : Ou c'est un fibrôme pédiculé qui tord son pédicule; ou c'est un fibrôme sessile, plus gros que l'utérus lui-même, qui entraîne l'utérus gravide et le tord sur son axe. Ces accidents de torsion produisent toujours des symptômes très graves qui commandent une intervention d'urgence.

Nous n'en apportons aucune observation, et ils sont considérés comme très exceptionnels.

Conclusions. — Nous n'avons aucune observation de fibrômes gravidiques ayant occasionné des accidents de suppuration de gangrène ou de torsion.

Ces accidents sont exceptionnels, mais créent presque toujours des indications d'urgence.

CHAPITRE IV

INTERRUPTIONS DE LA GROSSESSE AVANT LE TERME

Avortements. — Lefour (Thèse d'agrégation 1880) sur 307 observations note 39 avortements soit 12,7 °/₀ et 14 fois la femme mourut.

Nauss sur 241 cas trouve 47 avortements.

Musgrave Cley (cité par Turner) ayant observé plus de 400 cas de fibrômes utérins à Salies de Béarn affirme que l'avortement est fréquent de la sixième à la douxième semaine, rare après trois mois.

Pozzi, dans la troisième édition de son *Traité de gynécologie*, écrit : « L'accident le plus commun et non le moins grave en pareil cas, c'est l'avortement...

Le retrait de la matrice étant gêné, le danger d'hémorrhagie immédiate est grand, et les accidents septicémiques sont favorisés. »

Schwartz et Hepp (*Traité de chirurgie*, t. x) pensent que l'accouchement ou l'avortement sont fréquemment la cause de la mort.

De pareilles statistiques et des opinions aussi pessi-

mistes sont bien faites pour effrayer le praticien ; il sera tenté par suite, dès que des accidents apparaîtront, d'intervenir chirurgicalement pour mettre la femme à l'abri de pareilles menaces.

Cependant nous pouvons opposer à ces statistiques anciennes d'autres statistiques plus récentes et plus rassurantes.

Celle d'Hoffmeier, par exemple, qui sur 42 observations relève 4 avortements soit 9,52 0/0 et celles que nous publions où nous comptons 3 avortements spontanés soit 3,52 0/0, chiffre peu supérieur à celui de 2,90 0/0 que nous avons relevé dans la statistique de la clinique Baudelocque pour 1900, en calculant sur la totalité des grossesses.

Les avortements, d'après nos documents, ne sont donc guère plus fréquents que dans les grossesses non compliquées de fibrômes.

Sont-ils d'un pronostic plus grave pour la femme ?

Il nous suffira de remarquer que les trois avortements eurent des suites absolument normales. Pas d'hémorrhagies graves, pas d'infection.

Nos documents font mention d'un avortement provoqué au sixième mois.

Cette intervention est légitimée par les phénomènes d'hépatotoxémie grave qui menaçaient la vie de la malade.

Il ne s'agissait pas d'angustie pelvienne, les fibrômes en eux-mêmes ne créaient aucun danger.

On est donc intervenu, dans ce cas, comme on fût

intervenu dans tout autre cas d'hépatotoxémie grave sans fibrômes.

Accouchements prématurés.— Nous notons 30 accouchements prématurés, 2 au septième mois, 11 au huitième mois, 17 au neuvième mois.

15 fois le placenta était inséré sur le segment inférieur.

7 fois les membranes n'étaient pas mesurables,

8 fois seulement le placenta s'insérait normalement.

L'influence de l'insertion vicieuse du placenta se fait donc encore sentir, comme pour les hémorrhagies, et malgré tout, le plus souvent, l'accouchement se fait près du terme.

Quant aux accidents des accouchements prématurés, ils diffèrent peu des accouchements à terme au point de vue des indications opératoires.

Nous étudierons donc en même temps que pour les accouchements à terme les accidents des accouchements prématurés.

Autrefois on provoquait les accouchements prématurés dans les cas où les fibrômes par leur volume et leur situation faisaient douter de la possibilité d'un accouchement à terme.

Actuellement les interventions par la voie abdominale dont la technique est bien réglée permettent d'attendre le terme de la grossesse pour intervenir.

L'accouchement provoqué qui parfois sacrifie l'enfant et laisse toujours les fibrômes est une intervention illogique dont les partisans deviennent de plus en plus rares.

Conclusions. — La crainte d'un avortement ne doit pas être prise en considération pour intervenir chirurgicalement contre des fibrômes gravidiques lorsque les accidents imputables à ces fibrômes ne menacent pas la vie de la femme. Avec les moyens dont nous disposons et une surveillance rigoureuse, un avortement ne présente guère plus de dangers qu'en l'absence de fibrômes.

Les interruptions provoquées de la grossesse considérées comme traitement préventif de la dystocie fibreuse ne sauraient plus être admises.

TROISIÈME PARTIE

Les accidents qui se produisent parfois au moment de l'accouchement et pendant les suites de couches ne peuvent être pris en considération pour décider d'une intervention à l'occasion d'accidents constatés au cours de la grossesse.

Sans vouloir faire une étude complète des accidents de l'accouchement, étude que ne comporte pas notre sujet, nous voulons cependant résumer nos documents pour montrer que, malgré les difficultés qui peuvent surgir, la vie de la femme est rarement menacée ; et que l'on ne peut pas toujours apprécier les conditions dans lesquelles se fera l'accouchement avant le début du travail.

Trois sortes de dystocie et les accidents qui en résultent peuvent se rencontrer.

Les dystocies d'origine fœtale;

Les dystocies d'origine utérine ;

Et les dystocies fibrômateuses proprement dites.

Les dystocies d'origine fœtale sont les présentations vicieuses et les procidences.

Les dystocies utérines peuvent se ramener à l'inertie ou impotence fonctionnelle de l'utérus.

L'inertie peut être consécutive à la lutte contre un fibrôme qui gêne la dilatation de l'utérus ou la progression du fœtus.

Mais elle peut être primitive, lorsque des fibrômes interstitiels gênent la contractilité des fibres musculaires et la rétraction de l'utérus sur lui-même. Dans ce cas, le muscle utérin s'épuise sans agir efficacement sur le contenu qu'il doit expulser.

Enfin la dystocie fibreuse proprement dite est constituée par un fibrôme obstruant l'excavation ou par des fibrômes du col mettant obstacle à la dilatation.

Les dystocies fœtale et utérine ne sont justiciables que d'interventions obstétricales.

Les dystocies fibreuses céderont souvent à ces mêmes interventions et ne réclameront une opération chirurgicale que si elles sont très prononcées (M. Boursier, congrès de Nantes, 1901).

Nos observations nous fournissent :

Quatre présentations de l'épaule ;

Cinq présentations du siège ;

Deux procidences du cordon.

L'une des présentations de l'épaule put être transformée au début du travail par manœuvres externes, tout se passa normalement.

Dans les trois autres observations le fœtus succomba. Il faut toutefois observer que dans l'une d'elles (an. 1899, obs. 410) la mort du fœtus résulte de son développement insuffisant. Dans cette observation la femme mourut mais la présentation de l'épaule n'y était pour rien, il s'agissait d'accidents graves d'hépatotoxémie.

Dans une grossesse surveillée il sera le plus souvent possible d'éviter la présentation de l'épaule ; dans plusieurs de nos observations on note des versions par manœuvres externes effectuées au cours de la grossesse.

Quatre des présentations du siège n'occasionnèrent aucune difficulté sérieuse ; deux fois on fit l'abaissement prophylactique du pied. Tarnier considérait ces présentations comme favorables dans les cas de dystocies fibreuses car le fœtus, engageant d'abord ses parties les plus réductibles, opère à la façon d'un coin pour se faire son chemin et permet ainsi le passage plus facile de la tête dernière.

Dans la cinquième présentation du siège, un fibrôme rendait l'accouchement impossible. A son arrivée à la clinique, la femme était dans un état si grave, qu'elle succomba, malgré l'opération de Porro.

La présentation n'est pas en cause, dans ces accidents, mais seulement la dystocie fibreuse et l'exportation beaucoup trop prolongée (an. 1898, obs. 909).

Des deux procidences du cordon, l'une, dans un bassin rétréci, causa la mort de l'enfant, on fit une basiotripsie (an. 1899, obs. 962) ; l'autre enfant mourut quelques heures après l'accouchement.

La dystocie fibreuse a occasionné deux interventions chirurgicales, une hystérectomie chez une femme dont le fœtus était mort et chez laquelle la dilatation ne se faisait pas malgré les contractions utérines énergiques (an. 1896, obs. 1505).

Les membranes étaient rompues.

La deuxième est l'opération de Porro dont nous venons de parler (an. 1898, obs. 909).

Une fois on se servit du ballon de M. Champetier de Ribes pour obtenir une dilatation qui tardait à se produire (an. 1899, obs. 1052), le bassin était rétréci.

Une dilatation manuelle fut faite (an. 1897, obs. 2164), dans le but de réduire une procidence du cordon.

On fit 10 applications de forceps pour impotence fonctionnelle simple ou compliquée de dystocie fibreuse (6 fois), 2 fois pour souffrance du fœtus.

De toutes ces dystocies et des manœuvres qu'elles nécessitent peuvent résulter des accidents tels que la déchirure du col de l'utérus. Les ruptures utérines sont devenues exceptionnelles depuis que l'on intervient dès que l'accouchement est reconnu impossible ou très difficile. Nos observations n'en signalent pas.

Nous avons vu en traitant des hémorrhagies que sur trois hémorrhagies du travail une seule nécessita la rupture des membranes et l'emploi d'un ballon.

Délivrance et suites de couches. — La délivrance et les suites de couches ont donné lieu à quelques accidents.

L'hémorrhagie de la délivrance peut dépendre de plusieurs causes : de l'insertion basse du placenta, de l'inertie utérine ou de l'adhérence anormale du placenta à une zône fibreuse. La délivrance artificielle, le massage de l'utérus, les injections utérines chaudes suffiront presque toujours.

Les injections de sérum artificiel aideront la femme à

supporter des pertes de sang même si elles étaient considérables.

Dans nos observations, il n'est pas question d'hémorrhagies graves ; en réalité elles sont exceptionnelles.

D'ordinaire les suites de couches ne sont pas plus troublées que celles des grossesses sans fibrômes ; — nous notons cependant une fois des accidents infectieux survenus après un accouchement par le siège qui ne présenta aucune difficulté et ne nécessita aucune manœuvre intra-utérine ; la femme mourut. La fibrômatose utérine a-t-elle favorisé l'infection ? c'est possible mais le cas ne serait pas très démonstratif car la femme avait d'autres lésions capables elles aussi de favoriser l'infection. Elle était dans un état général défectueux par suite d'une récente attaque de rhumatisme articulaire aigu, cause probable de sa lésion mitrale. On ne put faire l'autopsie ni se rendre compte de l'état de l'utérus (an. 1900, obs. 2016).

Une autre fois, la femme succomba quelques heures après une opération de Porro beaucoup trop tardive, puisque le fœtus mort pendant le travail était en état de putréfaction avancée à l'arrivée de la femme à la clinique (an. 1898, obs. 1909).

Dans deux autres cas la mort survint encore pendant les suites de couches :

Une fois la femme mourut d'éclampsie deux jours après l'accouchement.

L'autre cas est celui de cette femme dont l'état grave

d'hépatotoxémie obligea d'interrompre la grossesse au sixième mois.

Enfin dans une autre observation il y eut éclampsie mais la femme survécut.

Ces 3 cas d'auto-intoxications sont-ils en rapport avec la présence des fibrômes ? Nous voulons bien admettre avec certains auteurs que les troubles de compression des fibrômes puissent influer sur les lésions hépatiques et rénales qui préparent l'auto-intoxication gravidique ; mais dans aucune des trois observations on n'a constaté de troubles de compression notables, nous ne pouvons donc admettre volontiers dans nos observations, l'influence des fibrômes sur l'hépatotoxémie.

Et nous pensons que si, dans une grossesse surveillée, on applique le traitement ordinaire dès la constatation de l'albuminurie, on évitera le plus souvent ces sortes d'accidents.

Conclusions. — Les accidents au moment de l'accouchement sont plus fréquents qu'en l'absence de fibrômes; mais la vie de la femme est rarement menacée, du fait des fibrômes, si l'accoucheur sait se résoudre de bonne heure à l'intervention chirurgicale en cas de systocie.

Le pronostic de l'accouchement ne revêt donc pas, du fait des fibrômes, un caractère de gravité telle qu'il puisse peser sur les décisions à prendre au cours de la grossesse. Il est le plus souvent très difficile, au cours de la grossesse, de prévoir les accidents qui pourraient se produire au moment de l'accouchement et d'en apprécier la gravité.

Ces accidents hypothétiques ne doivent donc pas être pris en considération pour décider d'une intervention chirurgicale à l'occasion de troubles constatés au cours de la grossesse.

QUATRIÈME PARTIE

Etude d'ensemble de la statistique
Conclusions

I. — 85 grossesses sur 13814 furent compliquées de fibrômes.

II. — 67 fois la grossesse évolua jusqu'à terme ou près du terme soit 78,57 % des cas.

13 fois l'accouchement eut lieu prématurément.

3 avortements sont signalés.

2 fois la grossesse fut interrompue par des opérations.

III. — 54 fois le produit de conception fut expulsé spontanément.

28 fois on dut intervenir au moment de l'accouchement.

3 fois on intervint au cours de la grossesse.

Ces trois interventions pendant la grossesse sont :

1° Une interruption provoquée au sixième mois pour hépatotoxémie grave (an. 1899, obs. 410) ;

2°. Une laparotomie exploratrice au cinquième mois (an. 1899, obs. 1954) ;

3° Une hystérectomie au troisième mois pour fibrôme enclavé avec troubles urinaires graves (an. 1900, obs. 2105).

Nous trouvons aussi mention d'une myomectomie faite par M. Terrier au cinquième mois d'une grossesse antérieure pour troubles de compressions occasionnés par un gros fibrôme de 3 kilogrammes ; la grossesse continua son évolution et 5 ans après (1895) la femme vint accoucher à la clinique Baudelocque (obs. 358).

IV. — Les grossesses successives n'amènent pas fatalement l'hypertrophie des fibrômes (an. 1900, obs. 655 et 1648).

V. — Dans nos 85 cas 53 femmes étaient primipares dont 49 âgées de plus de 30 ans. Cette fréquence des fibrômes chez les primipares âgées a été signalée par M. Pinard et a été le sujet d'un travail de Bigex (Th. de Paris 1900).

VI. — 5 femmes succombèrent.

L'une mourut d'éclampsie (an. 1898, obs. 1539), une autre en état d'hépatotoxémie grave mourut d'accidents pulmonaires 9 jours après un avortement provoqué (an. 1899, obs. 410).

Une troisième mourut d'obstruction intestinale 5 jours après une hystérectomie pour un fibrôme enclavé (an. 1900, obs. 2105).

La quatrième mourut d'accidents infectieux 7 jours après un accouchement par le siège, très facile, n'ayant nécessité aucune manœuvre intra-utérine. Il y eut opposition à l'autopsie (an. 1900, obs. 2016).

La cinquième succomba malgré une opération de Porro beaucoup trop tardive (an. 1900, obs. 909).

En résumé deux fois seulement les fibrômes sont nettement cause de la mort (1900, obs. 2105).

VII.— Sur 85 enfants 65 sont sortis du service vivants. 20 sont morts.

45 pesaient plus de 3 kilogrammes.

23 pesaient de 2500 gr. à 3000 gr.

17 pesaient moins de 2500 gr.

De ces données il semble résulter que si la grossesse compliquée de fibrômes, réclame une surveillance plus étroite qu'une grossesse normale, les accidents graves sont cependant l'exception.

Les indications d'intervention sont exceptionnelles au cours de la grossesse puisque sur 85 grossesses 3 interventions seulement furent pratiquées.

Remarquons du reste que pour une de ces interventions les fibrômes n'étaient pas en cause (hépatotoxémie, avortement thérapeutique) et que l'une des deux autres fut simplement une laparotomie exploratrice. En somme, une seule opération d'urgence nécessitée par les accidents des fibrômes.

La présence des fibrômes ne doit donc pas modifier le but du praticien qui est de conduire la grossesse jusqu'à terme ; les statistiques étudiées montrent que l'on y réussira le plus souvent.

En pratique, le chirurgien aura à prendre une décision dans deux occasions.

1° La vie de la femme est menacée à bref délai. Ce sont des cas d'urgence indiscutable ; il faut intervenir immédiatement.

2° Les accidents paraissent graves; cependant leur

nature n'impose pas une intervention immédiate et l'état général de la femme permet d'attendre. Alors il sera prudent de ne pas se décider à intervenir avant d'avoir tenu la femme en observation un temps suffisant pour s'assurer que le repos complet au lit et la thérapeutique symptomatique ne peuvent améliorer la situation. Mais si les accidents continuent, il est inutile de prolonger une expectation qui permet à l'état général de s'aggraver de plus en plus.

Il nous semble que l'une des conclusions formulées par M. Richelot ne doit pas être acceptée sans réserve(1).

« A titre exceptionnel et peut-être même un peu plus « souvent que ne le disent les optimistes, il survient des « accidents, des menaces pour un avenir prochain et le « chirurgien est mis en demeure d'opérer *préventive-* « *ment.* J'insiste sur le mot tout en me défendant de « vouloir lui donner un sens trop large.

« *Le chirurgien, je l'ai déjà dit, doit se conduire en* « *présence de fibrômes compliqués de grossesses, à peu* « *près comme si les fibrômes étaient seuls.* Or un chi- « rurgien prudent ne laisse pas arriver la période des « accidents mortels ; son action, pour être utile, est « toujours préventive à quelque degré. Il ne s'agit pas « de supposer que les accidents pourraient éclater un « jour, mais il faut dire : dans le cas présent, j'estime « que les accidents sont proches, que la situation est « grave : il est temps d'agir. *Sur quels indices préten-*

(1) Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie, juillet 1901.

« *dre que la situation est grave?* voilà la difficulté ; les
« nuances de pratique ne se définissent pas. »

Nous ne pouvons admettre que le chirurgien doive se conduire en présence de fibrômes compliqués de grossesse à peu de choses près comme si les fibrômes étaient seuls.

Nous avons signalé en étudiant les troubles de compression le rôle de l'utérus gravide s'ajoutant à celui du fibrôme à titre temporaire, puisque ce rôle cesse dès l'accouchement.

Nous avons aussi signalé le rôle de l'insertion basse du placenta dans les hémorrhagies des fibrômes gravidiques ; il faut en tenir compte et se dire que ce qu'il faut traiter dans ce cas c'est l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, non le fibrôme.

Enfin, avant de se décider à intervenir au cours d'une grossesse, il faut être bien certain de ne pouvoir la conduire jusque près du terme sans danger pour la femme.

Le fait de la grossesse modifie donc plus que ne semble l'estimer M. Richelot les décisions à prendre en vue d'interventions pour fibrômes gravidiques.

Nous devons essayer de préciser davantage le mot préventif employé intentionnellement par M. Richelot.

Qu'il s'agisse de compressions progressives ou d'hémorrhagies, assez souvent le repos complet au lit et la thérapeutique symptomatique suffiront à améliorer des situations qui paraissaient devoir mener progressivement la malade à la cachexie.

Si après avoir constaté l'échec des moyens ordinaires on se décide à intervenir chez une femme avant que la cachexie ou l'anémie progressive n'aient créé un état général trop défavorable, peut-on vraiment dire que l'intervention soit préventive ?

Le danger est constaté dès ce moment, il existe, bien que pas tout à fait immédiat ; l'urgence existe dès ce moment, puisque l'expectation accroît le danger.

Enfin nos observations ne nous ont fourni aucun cas de ce genre.

Nous n'avons pas constaté dans les 85 grossesses un seul cas d'hémorrhagie grave, et seulement un cas de troubles de compressions graves fut observé, il était dû à un fibrôme enclavé.

Il nous est difficile en présence de pareilles constatations d'admettre que ces accidents ne soient pas exceptionnels.

L'opinion de MM. Schwartz et Hepp (*Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, tome x) cadre mieux avec les résultats des statistiques que nous avons étudiées ; cependant une de leurs conclusions nous paraît comporter certaines réserves.

« On peut intervenir, écrivent-ils (p. 735), pour toute « tumeur éventuellement menaçante dont l'ablation ne « paraît devoir compromettre ni la continuation de la « grossesse, ni l'existence de la femme. »

S'il est généralement facile de supposer qu'une opération ne menacera pas l'existence de la femme, il est peut-être plus difficile d'apprécier les chances de continuation de la grossesse.

Les statistiques de Mayer, Pestalozza, Treube citées à l'appui de leur opinion par les auteurs, montrent bien que souvent la grossesse peut continuer à évoluer après l'extirpation des tumeurs pédiculées ou l'ablation des polypes vaginaux ou cervicaux mais elles montrent assez qu'il n'en est pas toujours ainsi, sans qu'on puisse à priori distinguer les cas qui comportent la continuation ou l'interruption de la grossesse.

Nous restons persuadés qu'il vaut mieux être très réservé pour ces opérations.

M. Delagenière (Archives provinciales de chirurgie, 1900) résout le problème de la façon suivante :

« Doit-on attendre, surveiller la malade et laisser « aller la grossesse jusqu'à terme ? Si la grossesse, « quelque soit son âge, n'a jamais présenté rien d'anor- « mal, si les fibrômes sont petits ou, si de volume moyen « ou considérable, ils sont situés dans une zône de « tolérance comme le fond de l'utérus.

« Si la grossesse et l'accouchement paraissent pouvoir « se faire normalement, nous n'hésiterons pas à décon- « seiller toute intervention et à laisser évoluer la gros- « sesse quitte à intervenir en cas d'accidents imprévus.

« Quels sont les accidents qui doivent déterminer le « chirurgien à agir ?

« Par ordre de fréquence ce sont les douleurs parfois « très vives occasionnées par la compression des orga- « nes pelviens par la tumeur lorsqu'elle est enclavée « dans le petit bassin, les compressions des uretères, « de la vessie, du rectum, lorsque la tumeur est située

« dans le segment inférieur de l'utérus, sont des indi-
« cations absolues.

« Il en sera de même des accidents qui peuvent « arriver au fœtus : hémorrhagies par insertion infé- « rieure du placenta, apoplexie placentaire. »

Au Congrès de Nantes, 1901, M. Delagenière soutint les mêmes opinions sous une autre forme.

Au sujet des indications absolues nous considérons que la mort du fœtus peut autoriser des interventions contre-indiquées lorsqu'il est vivant, mais ne constitue pas par elle-même une indication absolue d'intervenir chirurgicalement.

Pour décider de l'abstention ou de l'intervention avant le terme de la grossesse, nous pensons que le volume des fibrômes, leur situation anatomique et les suppositions que l'on peut faire sur les difficultés plus ou moins probables de l'accouchement ne doivent pas entrer en ligne de compte.

Déjà au congrès international de 1900 à propos de la communication d'Hofmeier, M. le professeur Pinard avait défendu les conclusions suivantes :

« Les myômes compliquant la grossesse en troublent rarement la marche ; quant à l'accouchement il est exceptionnellement rendu difficile ou impossible. »

Dans la discussion qui eut lieu à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie en 1901, M. Pinard défendit les mêmes idées.

A la même société et au cours de la même discussion M. Varnier vint soutenir une opinion analogue.

« En résumé, dit-il, nous pensons que l'intervention

« chirurgicale au cours de la grossesse compliquée de
« fibrômes doit être limitée aux cas où apparaissent, du
« fait de l'utérus fibromateux gravide, des accidents
« immédiats, graves, mettant en danger la vie de la
« mère.

« Si ces accidents se produisent, peu importe la
« décision à prendre, qu'ils se montrent à une période
« très rapprochée ou très éloignée de la viabilité de l'en-
« fant. Il faut intervenir immédiatement. La viabilité est
« chose trop difficile à diagnostiquer pour qu'on risque
« en l'attendant de lâcher la proie pour l'ombre. . . .

. . . .

« Quant à ce que M. Schwartz appelle *les cas douteux*
« j'estime en m'appuyant sur l'évolution habituellement
« heureuse pour la mère, de la grossesse compliquée
« de fibrôme, que le doute doit profiter à l'enfant, c'est
« à-dire à l'expectation. »

Au congrès de 1901 Nantes) M. Martin (Rouen), Monprofit (d'Angers), Segond (Paris) ont soutenu l'idée de l'expectation au cours de la grossesse à moins d'urgence absolue.

Et nous ne pouvons que nous rallier à cette doctrine qui selon nous doit être admise dans son acception la plus absolue.

CONCLUSIONS

I. — Dans les grossesses compliquées de fibrômes, aucune intervention n'est légitime avant le terme si, elle n'est commandée par des accidents menaçant directement la vie de la femme.

II. — Ces accidents sont rares.

III. — Ces accidents sont le plus souvent des compressions progressives, exceptionnellement des hémorrhagies à répétition ; beaucoup plus exceptionnellement encore des accidents brusques nécessitant une intervention immédiate. Lorsque le danger n'est pas immédiat, il sera prudent, sans prolonger outre mesure une expectation qui permettrait à la situation de s'aggraver, de mettre la femme en observation, au repos complet, et de ne se décider pour l'intervention que si les accidents restent toujours aussi menaçants. En agissant ainsi jamais on n'opérera *préventivement* au sens propre du mot ; mais seulement en présence d'un danger constaté.

IV. — Lorsque l'on hésite, la considération du vo-

lume, de la situation du fibrôme ou de la probabilité plus ou moins grande d'un accouchement laborieux ou même impossible, ne doit pas entrer en ligne de compte pour les décisions à prendre au cours de la grossesse.

V. — Les interventions conservatrices sont soumises aux mêmes règles que les autres, car on n'est jamais absolument certain de ne pas provoquer une interruption de la grossesse et le plus souvent c'est seulement au cours de l'opération que l'on pourra apprécier avec certitude si la méthode conservatrice est applicable.

VI.— La thérapeutique des fibrômes gravidiques a, au point de vue de l'intervention, des indications différentes de celles des fibrômes en dehors de la grossesse.

VII. — Une grossesse compliquée de fibrômes doit être surveillée de très près ; mais il faudra s'efforcer de la conduire à terme ; on y réussira le plus souvent.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PINARD.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
GRÉARD.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.